



Anmelde- und Anamnesebogen für Kinder

**Liebe kleine Patienten, liebe Eltern -
Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns eingehend über zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung einige Auskünfte. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen, können Sie uns gerne fragen.



1. Woher kennen Sie uns?

- Freunde/Bekante/Verwandte
- Internet
- Überweisung
- Telefonbuch/Branchenbuch

Wer?

Andere:

2. Allgemeine Daten

Name, Vorname des Kindes

Versicherter/Erziehungsberechtigter

Tel. privat Erziehungsberechtigter

geb. am

geb. am

Tel. geschäftl. Erziehungsberechtigter

Straße / Hausnr.

Straße / Hausnr.

Tel. Mobil Erziehungsberechtigter

Postleitzahl / Ort

Postleitzahl / Ort

E-Mail Erziehungsberechtigter

Kindergarten/Schule

Beruf Erziehungsberechtigter

Arbeitgeber Erziehungsberechtigter

3. Krankenkasse/Versicherung

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- freiwillig versichert
- beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung
- privater Basistarif

Hinweis: Unsere privat versicherten/privat zusatzversicherten Patienten/Selbstzahler weisen wir darauf hin, dass eine Leistungsabrechnung in der Regel bis zum 3,5-fachen Satz der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) stattfindet. Eine Überschreitung des 3,5-fachen Satzes ist in manchen Fällen notwendig und wird Ihnen schriftlich per Kostenvoranschlag angekündigt.



5. Allgemeine Anamnese

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

Routineuntersuchung Schmerzen Sonstiges:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wie verlief dieser Besuch?

Kinderarzt:

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Welche Hobbys oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

6. Gesundheitsfragen

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Blutgerinnungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.)? ja nein Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen? ja nein Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation? ja nein

Verliefen Geburt und Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum?

Bei kleinen Kindern:
Braucht Ihr Kind noch einen Schnuller? ja nein

Wird Ihr Kind noch gestillt oder bekommt es noch eine Flasche? ja nein

7. Ernährungsanamnese

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee Kakao Milch Saft Limonade Sonstiges:

Brot Müsli Nutella Käse/Wurst Marmelade Sonstiges:

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

Obst Belegtes Brot Kuchen Chips Süßigkeiten Sonstiges:

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Saft Milch Wasser Kakao Limonade Sonstiges:

8. Mundhygiene-Anamnese

Nimmt Ihr Kind Fluorid zu sich? Fluorettten Fluorid-Gel Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Mundspüllösung

Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt vom Kind alleine mit Hilfe der Eltern (Eltern putzen nach) von den Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt? weniger als 1 mal täglich 1 mal täglich morgens und abends mehr als 2 mal täglich

Womit werden die Zähne geputzt? von Hand elektrisch Zahncreme mit Fluorid Zahncreme ohne Fluorid

9. Hinweise & Unterschrift

Alle Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Wir bitten Sie, uns jegliche Änderung der Adresse, des Versicherungsstatus und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes (z.B. Medikamenteneinnahme) umgehend mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anmeldeungs-/ Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Datum

Unterschrift